

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

287

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 juillet 1892, à 1 heure.

Par FÉLIX BRUNEAU

Né à Saint-Amand, le 30 novembre 1867

DE L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ

CHEZ LES FEMMES A BASSIN COXALGIQUE

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. MARC SÉE,
TUFFIER
RICARD* } *agréés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

287

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 juillet 1892, à 1 heure.

Par FÉLIX BRUNEAU

Né à Saint-Amand, le 30 novembre 1867

DE L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ

CHEZ LES FEMMES A BASSIN COXALGIQUE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. MARC SÉE

TUFFIER

RICARD

} *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUD.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	TRIBEMONT-DESSAIGNES.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	RICARD.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	ROBIN (Albert).
BRISAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des travaux anatomiques.	SCHWARTZ.
BRUN.	HUTINEL.	QUENU.	SEGOND.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	RETERER.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	REYNIER.	WEISS.
DEJERINE.	MARIE.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS A LA MATERNITÉ BAUDELLOCQUE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DE L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ

CHEZ LES FEMMES A BASSIN COXALGIQUE

INTRODUCTION

Dans le cours des dix-huit mois que nous avons passés à la clinique Baudelocque dans le service du professeur Pinard, il nous a été donné d'observer à plusieurs reprises un certain nombre d'accouchements chez des femmes dont le bassin avait été touché par la coxalgie. Notant successivement les différentes particularités qui pouvaient se produire pendant l'accouchement dans ces sortes de bassins, nous en avons ainsi réuni un tout qui forme, avec les quelques observations personnelles que nous possédons, la base du travail que nous présentons aujourd'hui comme sujet de notre thèse inaugurale.

A ces observations nous joignons celles des années précédentes, empruntées aux archives de l'hôpital Lariboisière, alors que M. Pinard y dirigeait le service d'obstétrique, et aux registres de la clinique Baudelocque, si obligeamment mis à notre disposition. Toutefois, nous nous contenterons d'aborder un seul point de la question : l'accouchement spontané chez les coxalgiques. Lorsque l'on fait allusion à l'accouchement dans ces bassins viciés, ce n'est la plupart du temps que pour parler de multiples in-

terventions, et, dans la majorité des auteurs, on ne voit partout cités que : applications de forceps, accouchements prématurés provoqués, voire même basiotripsies. Il nous a semblé intéressant au contraire, de réunir les cas où l'accouchement s'est effectué spontanément, et nous avons cherché, en lui rendant la place qu'il méritait, à atténuer la gravité du pronostic, souvent si sombre, porté par un grand nombre d'accoucheurs.

Voici la marche que nous suivrons dans cette étude : après avoir en quelques pages fait l'historique du sujet, nous examinerons quelles sont les différentes déformations pelviennes dues à la coxalgie dans ses diverses formes et périodes. Puis, partant de ces viciations nous envisagerons les résultats au point de vue obstétrical, pendant la grossesse et pendant l'accouchement. Nous tenterons ensuite de tirer des faits que nous aurons cités et des observations que nous aurons rapportées, des conclusions qui donneront, résumés, les points principaux de notre travail.

Avant d'aborder notre sujet, que M. le professeur Pinard veuille bien recevoir tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse. Imbu des bonnes leçons qu'il nous a données, et fort de son savant enseignement, nous ne saurions trop lui témoigner, aujourd'hui que nous arrivons au terme de nos études, notre profonde gratitude. Que M. le docteur Varnier, agrégé de la Faculté, qui nous a aidé dans le cours de nos études obstétricales, et qui s'est si souvent mis à notre disposition pour nous éclairer de ses bons conseils, veuille bien aussi agréer nos remerciements pour les sympathies qu'il nous a constamment montrées.

Historique.

Nous pourrions en réalité faire remonter notre historique aux auteurs les plus anciens, la coxalgie étant une affection connue depuis fort longtemps ; mais les notions que l'on trouve dans la plupart des vieux traités sur le sujet qui nous occupe sont confuses et vagues, et pendant des siècles, on ne fait aucune distinction entre les boiteuses, que la cause de la claudication soit due à la coxalgie, la luxation congénitale, la paralysie atrophique, ou à une lésion quelconque des membres inférieurs.

Bien plus, la plupart des auteurs obstétricaux ne consacrent que quelques mots aux « femmes contrefaites » rangeant dans un même cadre boiteuses et bossues, et l'on comprend ainsi les divergences d'opinion sur le pronostic de l'accouchement chez ces femmes, les uns proclamant que celles qui sont contrefaites accouchent mal pendant qu'ailleurs on affirme qu'elles enfantent aussi bien que d'autres.

La connaissance de l'anatomie normale du bassin, vers le milieu du seizième siècle (Vésale, 1543) ne jette pas plus de lumière sur la question et n'arrête pas les discussions. La confusion reste toujours la même et aucun auteur encore ne songe à classer les différentes sortes de claudication.

Toutefois la croyance populaire est que les boiteuses ont

des accouchements laborieux, et cette croyance est confirmée par les assertions de la plupart des accoucheurs.

A peine Mauriceau écrit-il quelques lignes à ce sujet (1) :

« Les boiteuses ont quelquefois les os du passage mal conformez » et plus loin :

« Les femmes contrefaites et les boiteuses accouchent bien plus difficilement que les autres » (aphorisme 192). Il cite en outre deux observations qui pèchent par un manque de détails tel qu'il est impossible d'en tirer une conclusion quelconque.

Quelques années plus tard, Peu accorde une plus large place à la grossesse et l'accouchement chez les femmes contrefaites (2) :

« Les bossues et les boiteuses, dit-il, ont plus à craindre l'avortement que les autres. Les boiteuses sont plus en danger que les bossues et leur enfant aussi, principalement celles qui ont les cuisses trop écartées l'une de l'autre ou les hanches luxées en dehors. Elles ne peuvent marcher qu'avec effort, par grandes enjambées. Ainsi leur enfant est ballotté d'un côté à l'autre, et ces secousses le tuent ordinairement. D'ailleurs pour peu qu'elles soient avancées dans leur terme, elles battent le pavé de leur ventre ce qui les empêche de porter leur fruit jusqu'au bout ; ou quand elles sont assez heureuses pour y parvenir à peu près, elles tombent aisément en des léthargies et des convulsions qui durent jusqu'à leur entière délivrance et même quelquefois plusieurs jours au delà ».

Il termine par les conseils suivants : « En général, le meil-

(1) *Traité des femmes grosses*. Paris (1668).

(2) *La pratique des accouchements*, 1694. Livre I, ch. X, pages 103-110.

leur secret pour faire que les bossues et les boiteuses de toutes espèces passent leurs grossesses sans accidents et qu'elles accouchent de même, c'est de se tenir en repos, et pour celles à qui cela ne suffit, le célibat ». En énergique convaincu de ce qu'il avançait, il avait refusé d'épouser une boiteuse à cause de son infirmité. L'avenir lui donna raison puisqu'elle mourut à son premier accouchement. Lammotte reprend dans la suite, les arguments de Peu et affirme que « quand les boiteuses enfantent avec plus de difficultés c'est pour les mêmes raisons que les femmes bien faites sans que leur conformation vicieuse en soit la cause » ; il fait entrevoir que l'on peut être boiteuse pour des causes toutes différentes et que par suite il est impossible de poser une règle absolue à cet égard.

A peu près vers cette époque, au début du XVIII^e siècle, Deventer fait paraître en tête de son *Novum lumen* une description du bassin normal. Dès lors les notions commencent à se préciser et Levret le premier (1) met en jeu l'âge auquel est survenue l'affection en entrevoyant l'influence de la jeunesse :

« Les femmes boiteuses et bossues qui dans leur jeunesse n'ont pas subi de ramollissement des os accouchent pour l'ordinaire aussi facilement que celles qui ne sont pas contrefaites ou claudicantes, et surtout si ces difficultés ne leur sont survenues qu'après l'âge de la puberté ».

Cependant, en aucun endroit on ne fait encore notion de la coxalgie au point de vue obstétrical. On commence bien à séparer les bossues des boiteuses, mais les lésions diver-

(1) *L'art des accouchements démontré par des principes de physique et de mécanique*. Paris, 1721, 2^e édition, page 13.

ses des membres inférieurs sont considérées pêle-mêle comme des causes de viciations pelviennes. Quelques auteurs parlent bien de la luxation du fémur, mais il n'est pas donné d'indication précise sur l'origine de ces luxations, bien qu'on la considère en général comme la conclusion inévitable de l'affection de la hanche.

Camper (1757) prétend que les boîteuses accouchent plus facilement que d'autres.

Herbiniaux (1) quelques années plus tard, reprend au point de vue de l'amputation de la cuisse et de la luxation les idées de Levret sur l'âge auquel s'est produit la maladie : la luxation survenue dans la jeunesse a même des viciations de la filière pelvienne dues « aux os, alors trop tendus pour résister à une pression inégale, qui ont été forcés de plier et de se déformer ».

Citons aussi pour mémoire, Jacobs qui dit (2) : « La capacité du bassin peut éprouver divers changements lorsque les os ilion ou ischion la diminuent par leur forme, ce que l'on remarque souvent chez les femmes qui dès leur enfance sont boîteuses ou qui ont beaucoup souffert du rachitisme ».

Donc, dès Levret, la notion d'âge est pour ainsi dire reconnue par tous, et l'on admet que les affections du membre inférieur ou de la hanche, contractées dans l'enfance, exercent une influence plus funeste sur la conformation du bassin que les affections survenues après la puberté.

Les faits en étaient là, quand Paletta en 1788 publie son travail : *De claudicatione congenita* dans lequel il décrit,

(1) *Traité sur divers accouchements laborieux*, Bruxelles, 1782, I, p. 278.

(2) JACOBS, *École pratique des accouchements*, 1785, p. 38.

brièvement les différents bassins qu'il avait observés. Dès lors, l'essor est donné et l'anatomie pathologique vient jeter une vive lumière sur de nombreux faits intéressants.

Successivement les connaissances s'augmentent, les distinctions s'établissent, et à mesure que l'on assigne à chaque maladie, des limites spéciales et nettes la séparant franchement de sa voisine, les idées prennent des formes plus claires et plus précises.

Le professeur de Milan démontre ainsi que la luxation du fémur dans la coxalgie n'est pas un fait constant :

Sed non semper femoris caput coxario morbo laborantibus excidit (1).

Plus tard d'ailleurs, Larrey remet en lumière cette vérité énoncée par Paletta (2), et ajoute dans ses « campagnes et mémoires de chirurgie clinique », que la luxation est une exception (3).

Osiander en 1797 signale la latéroversion du bassin dans le cas de raccourcissement d'une des extrémités pelviennes.

Lobstein indique l'antéversion du bassin due à la luxation de la hanche et fait entrevoir quelques anomalies de mécanisme dans l'accouchement. La tête de l'enfant repose sur le pubis et les contractions utérines sont impuissantes à la faire progresser. Il cite à ce sujet une observation à l'appui de son dire.

Gardien (4) parlant d'ancienne luxation non réduite du fémur dit que les diamètres obliques du détroit supérieur

(1) *Exercitationes pathologicæ*, ch. V, page 39, Milan, 1820.

(2) *Cliniques chirurgicales*, t. III, page 331.

(3) *Campagnes et mémoires de chirurgie clinique*, t. IV, page 394.

(4) *Art des accouchements*, 1824.

peuvent être viciés et ajoute avec Mme Lachapelle qu'il peut en résulter : le rétrécissement de la cavité du bassin, le raccourcissement de l'ischion, l'évasement de l'arcade du pubis, et le rétrécissement du détroit supérieur du côté malade. Mme Lachapelle donne une observation (1) où ces difformités sont réunies chez une femme qui accoucha normalement à 25 ans.

Enfin Gardien note la possibilité d'un rétrécissement dû à la cavité cotyloïde de nouvelle formation proéminent dans la fosse iliaque interne.

A peu près vers cette époque, Stein le jeune (2) sous le nom de bassin affecté localement, réunit les bassins déformés par suite d'exostoses et d'ostéosarcomes, fractures mal guéries, maladies des articulations de la hanche. Ses propres observations concernent de préférence l'obliquité du bassin à la suite, de coxalgie unilatérale, ou de luxation unilatérale de la cuisse, en haut et en arrière. Dans son traité, il indique encore comme cause de déformation les abcès voisins de l'articulation.

Il figure un bassin oblique ovalaire dû à une coxalgie droite, décrit plus tard par Gusserow (3) et dont voici résumées les particularités :

Rétrécissement du côté droit. Atrophie de l'os iliaque et de la moitié droite du sacrum. Pas d'ankylose sacro-iliaque. Diminution de courbure de la ligne innominée. Diamètre oblique droit plus petit, au détroit supérieur, plus grand au détroit inférieur. Conjugué normal. Scoliose droite.

(1) *Pratique des accouchements*, t. III, p. 413, Paris 1825.

(2) G. W. STEIN, *Lehre der Geburtshülfe*, Elberfeld 1825, I, p. 418.

(3) GUSSEROW, *Archiv. für Gynæk.*, 1867, XI.

Dupuytren en 1826 et 1833 écrit (1 et 2).

« Les phénomènes qui se passent à l'extérieur du bassin n'influent en rien sur le développement de cette cavité et avant l'époque de la puberté, pendant cette époque et après qu'elle est passée, le bassin acquiert les dimensions les plus favorables à l'exercice des fonctions des viscères qu'il renferme, et il est aussi propre à recevoir, à conserver, et à transmettre le produit de la fécondation, que chez les personnes les mieux conformées ».

Delpech reprend en 1828 les idées de Dupuytren et les combat avec un notoire parti-pris; il cherche à prouver que sur une pièce, son illustre rival s'est grossièrement mépris et que ce que Dupuytren a pris pour une luxation originelle est simplement une luxation due à ce que les parents de l'enfant ont permis à leur fils « de s'asseoir alors qu'il était sous l'influence du rachitisme (3) ». Gerdy bat en brèche l'opinion de Dupuytren mais avec plus de bonne foi que Delpech, et ajoute :

« De semblables changements en apportent nécessairement beaucoup aussi dans les accouchements que tantôt ils empêchent, tantôt ils rendent trop faciles (4) ».

A cette époque, paraît le travail de Nœgelé sur les principaux vices de conformation du bassin et spécialement le rétrécissement oblique (5). Ce livre a un grand retentissement et est traduit partout. Danyau, en France, en fait la

(1) *Répertoire général d'anatomie et de physiologie*, t. III, 82.

(2) *Leçons de clinique chirurgicale*, 1833, t. III, p. 238.

(3) *Traité d'orthomorphie*, 1828.

(4) GERDY, *Rapport sur les luxations congénitales du fémur*, 1839.

(5) *Des principaux vices de conformation du bassin*. NŒGELÉ, traduit par DANYAU, 1840.

traduction et l'annote. Nœgelé donnait la description d'une forme spéciale de bassin : le bassin avec synostose sacro-iliaque. N'attachant aucune importance à la coxalgie qui existait dans trois des bassins où il y avait synostose sacro-iliaque, il n'y voyait qu'une coïncidence fortuite et attribuait cette soudure de l'iliaque avec le sacrum à une anomalie de développement ou à un vice originel de conformation.

Velpeau pendant ce temps s'occupait surtout du refoulement de la cavité cotyloïde et admettait même que le plafond cotyloïdien pouvait être percé dans certains cas. Il ne faisait d'ailleurs aucune allusion à la déformation générale du bassin (1).

A l'opinion de Nœgelé, à savoir l'origine congénitale du bassin oblique ovalaire, se rallièrent successivement Tiedemann, Rokitansky, Arnold et nombre d'autres. Stein et Martin d'Éna repoussèrent au contraire les conclusions de Nœgelé et soutinrent que la synostose ne pouvait être le résultat que de l'inflammation. Hohl admit cependant trois espèces de bassins obliques ovalaires : 1° bassins obliques ovalaires congénitaux dus à un arrêt de développement, ou à un développement incomplet d'une aile du sacrum ; 2° bassins obliques ovalaires produits pendant la première enfance (rachitisme, scrofule, atrophie), et n'étant pas le résultat de l'inflammation ; 3° les bassins obliques ovalaires résultant de l'inflammation. Mais il faut en réalité arriver à Litzmann (1851) pour avoir la véritable explication de la production du bassin oblique ovalaire, spécialement

(1) VELPEAU, *Traité de l'art des accouchements*. Paris, 1847, I, p. 47, 48.

dans le cas de coxalgie unilatérale (1). C'est, dit-il, accidentellement qu'il reconnut l'influence de la pression du tronc sur la conformation du bassin. La coxalgie mettant un des membres hors d'usage, le poids du corps porte tout entier sur le côté sain. Il s'ensuit que la tête fémorale pressant davantage sur le fond de la cavité cotyloïde repousse en dedans cette cavité et par suite redresse la ligne innominée. En outre le poids du tronc se portant surtout sur l'une des moitiés du sacrum, il en résulte une pression exagérée au niveau de l'articulation sacro-iliaque : ce qui peut amener un arrêt de développement du sacrum, et une inflammation de la symphyse sacro-iliaque d'où production de synostose.

Cette théorie est réfutée par Stromeyer, Rosshirt et Rokitsky.

En janvier 1861, S. Thomas cherche à prouver que la synostose est le résultat de l'inflammation, cette dernière pouvant être primitive, c'est-à-dire naître sur place, ou secondaire, survenant à la suite de l'inflammation d'une articulation voisine (2). Pour lui la synostose serait la cause de la déformation.

Donc pour Litzmann : le bassin oblique ovalaire est le résultat d'un défaut de répartition du poids du corps sur les membres inférieurs : théorie mécanique. Pour Thomas au contraire c'est l'ostéite et l'inflammation qu'il faut incriminer.

(1) LITZMANN, *Das Schraeg. ovale Becken*, Kiel, 1853.

LITZMANN, *Die Formen des Beckens*, Berlin, 1861.

LITZMANN, Traduction française, *L'accouchement dans les bassins rétrécis*, 1883
Lyon.

(2) A. E. S. THOMAS, *Das Schragre verengte Becken*, Leyden, 1861, p. 47.

Olshausen entre en lutte contre Thomas, la même année (1) et cherche à démontrer que dans le bassin oblique ovalaire c'est le vice de conformation du sacrum qui est le fait primitif et étiologique, et que la synostose est le résultat d'une pression exagérée partant de la cavité cotyloïde.

Schröder invoque comme cause de l'obliquité du bassin, l'inégalité des ailes du sacrum qui peut être congénitale ou résulter de l'inflammation de voisinage.

Rokitansky (2) fait enfin mention de « bassins coxalgiques » mais tombant dans l'excès contraire il décrit sous ce nom les bassins déformés par luxation de quelque origine que ce soit. Comparant le bassin oblique ovalaire de Nœgelé au bassin coxalgique, il arrive aux conclusions suivantes : « La moitié du bassin agrandie du côté de la luxation est l'analogue de la moitié normale du bassin obliquement rétréci. Les courbes de la ligne innommée dans cette moitié sont semblables. Du côté opposé, le redressement de la ligne innommée est semblable dans les deux cas. »

Successivement Jacquemier, Joulin, Chailly-Honoré, Cazeaux reproduisent les idées de Rokitansky. Blasius (3) qui vient ensuite montre qu'il existe des cas dans lesquels le rétrécissement n'est pas du côté sain. Le rétrécissement du côté sain serait secondaire, celui du côté malade étant causé primitivement par l'atrophie osseuse due à la coxalgie.

Lenoir (4) décrit plus tard les altérations du bassin à la suite des luxations doubles ou unilatérales et note dans ce

(1) OLSHAUSEN, *Monatsschr. für Geburtsk.* Band. XX, p. 384.

(2) ROKITANSKY, *Lehrbuch der Pathol. Anatomie*, 1856.

(3) BLASIUS, *Neue Beiträge zur praktischen chirurgie*, 1857.

(4) LENOIR, *Texte de l'atlas d'accouchements*, 1865.

dernier cas : un arrêt de développement du bassin du côté malade, atrophie amenant une telle déformation souvent que si l'accouchement n'est pas impossible, le travail en est du moins rendu plus long et beaucoup plus difficile.

A la suite il établit nettement la distinction entre le bassin oblique ovalaire de Nægelé et le bassin vicié consécutivement à la luxation unilatérale.

En 1865, Depaul, Trélat, Blot (1) émettent leur avis successivement, à la Société de chirurgie sur l'influence de la coxalgie, ou plutôt des luxations sur la conformation du bassin. La discussion sur ce sujet eut pour effet de séparer dès ce jour avec Hubert (de Louvain) les luxations accidentelles des luxations congénitales, au point de vue obstétrical.

Trélat dit n'avoir pas rencontré de cas où la luxation coxalgique ait pu déterminer des déformations suffisantes dans le bassin pour empêcher l'accouchement. Blot citant des observations personnelles montre qu'il est des luxations avec lesquelles il faut compter au point de vue de l'accouchement.

Guéniot (2) en 1869 s'occupe des luxations spontanées, traumatiques, et autres, mêlant les différentes espèces de luxations.

En 1870, Bœckel (3) indique l'inégalité des membres inférieurs comme cause de la déformation pelvienne. Le même résultat pour lui est atteint par l'ankylose du genou ou n'importe quelle affection ayant déterminé une inéga-

(1) *Société de chirurgie*, 1865.

(2) GUÉNIOT, Thèse d'agrégation, 1869. *Des luxations fémorales au point de vue de l'accouchement*.

(3) BŒCKEL, *Arch. de physiologie*, page 560, 1870.

lité de répartition dans le poids du corps. Le rétrécissement du bassin porte surtout sur le détroit supérieur et le côté sain, mais il n'est généralement pas assez considérable pour causer un obstacle majeur à l'accouchement.

Pendant ce temps et plus tard, paraissaient des travaux multiples : Lefeuvre (1862), Chanoine (1867), Dellestable (1877), Lannelongue (1886), Sabatier (1888) (1).

Ce dernier résume ainsi ses idées sur la question : Les bassins coxalgiques sont des bassins obliques ovalaires. L'obliquité peut se faire du côté sain ou du côté malade. Elle atteint aussi le détroit inférieur et le petit bassin.

Les causes de la viciation pelvienne sont l'atrophie ou l'hypertrophie, les tiraillements ligamenteux ou musculaires et les pressions mécaniques. En général, l'accouchement des coxalgiques est lent, mais il est régulier.

Un an plus tard, il admet que : c'est toujours le côté sain qui est oblique anormalement et resserré. Ce fait s'explique, dit-il, par la saillie plus prononcée en dedans de la cavité cotyloïde saine : De son côté en effet la pression est accrue et cela sous l'influence de la marche spécialement (2).

Citons enfin pour terminer en France : Tracou (1889) (3), Demelin (4) (1890), Prouvost (4) (1891), et en Allemagne les travaux de Léopold (1873), Zweifel, Schrøder, Hecker (1881), Schauta de Prague (1888) et Muller.

D'autres auteurs que nous ne citons pas se sont occupés encore de cette question de bassins coxalgiques, mais nous

(1) SABATIER, *Lyon médical*, 1888, t. LVII.

(2) SABATIER, *Lyon médical*, avril 1889, t. LXI.

(3) TRACOU, Thèse de Lille, 1889.

(4) DEMELIN, *Gazette des hôpitaux*, 1890.

(5) PROUVOST, *Bassins viciés par boiterie*, 1891.

n'avons pas la prétention d'avoir fait ici un historique complet, notre but n'a été que de donner une idée générale et une vue en masse du sujet que nous allons maintenant aborder.

La coxalgie, qu'elle soit de forme fémorale ou cotyloïdienne amène des changements plus ou moins sensibles, des modifications plus ou moins appréciables dans la forme et la situation du bassin.

Les os atteints subissent des altérations légères ou intenses, et l'on retrouve là comme partout ailleurs, les mêmes lésions déterminées par l'ostéite à ses différentes périodes. La conséquence de l'évolution du processus inflammatoire est d'amener une modification de nutrition dans les parties du bassin qui ont été touchées par la coxalgie et par suite un arrêt de développement pouvant être préjudiciable au point de vue de l'accouchement.

Mais, si la nutrition s'exagère, au contraire, si à côté du travail de destruction se fait un travail plus actif de régénération, des dépôts osseux viendront ajouter à l'épaisseur des surfaces et modifier à nouveau la capacité du bassin.

Les changements de nutrition, peuvent donc amener des effets opposés :

- 1° Atrophie, arrêt de développement.
- 2° Destruction des parties atteintes (fistules, etc.).
- 3° Hypertrophie par ostéite proliférante (tumeurs osseuses).

Mais, à côté de ces troubles trophiques, il en existe d'autres excessivement importants placés sous la dépendance

de la statique et dus au manque d'égalité de répartition du poids du corps ; et l'on comprend alors que les viciations du bassin seront dans ce cas absolument subordonnées à l'usage plus ou moins précoce des extrémités à partir du début de l'affection. On peut donc rapporter les viciations du bassin coxalgique à deux grandes causes différentes :

Les troubles trophiques ;

Les troubles mécaniques.

Autour de ces causes principales, gravitent une foule de causes secondaires que nous aurons à examiner et qui seules ou associées peuvent amener des changements suffisants dans la capacité, la forme, et la direction du bassin, pour modifier dans son ensemble la physionomie de l'accouchement.

Quoi qu'il en soit, le premier stigmatisme que laisse la coxalgie sur le bassin, la première trace de son passage est une atrophie du côté atteint.

La coxalgie a-t-elle débuté par le fémur ? La tête du fémur commence par subir une atrophie plus ou moins notable qui suivant l'intensité du processus peut se communiquer à l'acetabulum, à la cavité cotyloïde.

Si au contraire l'iliaque est atteint le premier, c'est lui qui le premier subira l'influence atrophique, s'arrêtant localement ou totalement dans son développement, pendant que les autres parties du bassin croîtront normalement, et l'affection aura eu pour conséquence d'amener une asymétrie pelvienne avec atrophie du côté malade.

Si la maladie est arrêtée dans son évolution, l'atrophie sera à peine appréciable, le bassin aura simplement subi

un retard dans sa formation, en un mot les déformations seront très faibles et n'occasionneront aucun trouble dans la marche de l'accouchement. Bien que les observations de coxalgies guéries à la première période soient rares, on a noté dans ce cas :

1° La verticalité du sacrum, due à ce que le poids du corps ne presse plus sur cet os, par suite du décubitus horizontal.

2° L'arrêt de développement des ailes sacrées, du côté sain et surtout du côté malade, par suite de l'immobilité du bassin.

3° L'atrophie du côté malade : à la fois os et parties molles.

Mais, la coxalgie s'arrête rarement à cette période ; bientôt la cavité cotyloïde s'évide, la tête du fémur s'use de son côté, et l'articulation est franchement envahie, soit par le pus, soit par des tissus pathologiques.

Le bassin se déforme de plus en plus, et l'on arrive presque fatalement à l'ankylose ou à la luxation. La littérature obstétricale ne contient guère que des observations de coxalgie à cette période. Que devient alors le bassin dans ces différents cas ?

Il est nécessaire ici de faire entrer en ligne de compte, l'usage des extrémités. L'âge auquel est survenue l'affection a aussi une grande importance ; nous parlerons plus tard de cette influence. Dans la coxalgie guérie avec ankylose, deux cas peuvent se présenter :

1° Le bassin est rétréci du côté sain ;

2° Le bassin est rétréci du côté malade.

Examinons ces deux éventualités :

1° *Rétrécissement du côté sain.* — C'est le cas le plus habituel, c'est la déformation caractéristique du bassin coxalgique.

Litzmann en donne ainsi l'explication (1). A la suite d'une coxalgie unilatérale, le poids du corps se porte d'une façon prépondérante sur l'extrémité saine, d'où résulte une pression exagérée plus ou moins constante ayant pour point de départ la cavité cotyloïde du côté sain. La conséquence d'une telle pression doit être la déformation oblique du bassin, en supposant que les os soumis à la pression aient conservé leur solidité normale. A ces effets produits par la pression unilatérale s'exerçant dans la direction de la cavité cotyloïde, viennent encore s'ajouter ceux qui résultent de la pression due à l'action prépondérante du poids du corps qui s'exerce de haut en bas dans la direction de la symphyse sacro-iliaque du même côté. L'effet le plus ordinaire de cette pression est une atrophie accompagnée d'une augmentation de densité du tissu osseux limitée aux parties du sacrum et de l'os coxal qui avoisinent les synchondroses, mais dans un grand nombre de cas la pression a pour résultat final : la résorption complète du revêtement cartilagineux et la fusion des deux os comme il arrive entre les vertèbres dans les degrés élevés de scoliose, etc. Telle serait, pour lui, l'évolution vers le bassin avec synostose sacro-iliaque.

Voici résumés les caractères de ce bassin, avec rétrécissement du côté sain :

(1) LITZMANN, *Die Formen des Beckens*, 1861.

Côté coxalgique.

Les os de ce côté ont subi un certain degré d'atrophie. Ils sont diminués en hauteur et la cavité cotyloïde présente dans son pourtour des traces nombreuses d'ostéite.

Le pubis souvent aminci est cependant quelquefois exostosé.

La crête iliaque aussi est amincie et l'on peut noter, dans la plupart des cas, l'atrophie de la tubérosité ischiatique et de la branche descendante du pubis. La branche horizontale du pubis est incurvée et plus basse que celle du côté sain.

Cette moitié du bassin est la plus large au détroit supérieur.

La cavité cotyloïde semble attirée vers l'extérieur.

La symphyse du pubis regarde le côté malade. En résumé : au détroit supérieur, augmentation du diamètre oblique partant de l'éminence iléo-pectinée du côté malade, à cause du raccourcissement de la distance sacro-cotyloïdienne et du redressement de la ligne innominée.

Le détroit supérieur a la forme oblique ovale, et la grosse extrémité de l'ovale se trouve en avant et du côté coxalgique. La moitié la plus large se trouve donc être celle qui répond au côté atteint.

Le détroit inférieur a la forme inverse du détroit supérieur, c'est-à-dire : rétrécissement du côté coxalgique ;

Côté sain.

Tout paraît normal de ce côté quant à l'état des os.

Diminution de l'espace sacro-cotyloïdien due à ce que l'angle sacro-iliaque est très accentué.

Redressement de la ligne innominée, d'où report de la symphyse pubienne vers le côté malade.

La cavité cotyloïde saine est reportée vers l'intérieur.

L'aileron du sacrum est plus étroit. Le promontoire est dévié du côté malade.

L'ischion est attiré au dehors. La cavité cotyloïde est attirée en haut et en arrière.

élargissement du côté sain (par suite de l'entraînement de l'ischion vers l'extérieur.

2° *Rétrécissement du côté malade.* — Il existe des cas où la ligne innominée du côté malade s'est redressée et s'est rapprochée du plan médian. Des observations de Hubert, Zweifel, Blot, Tourin, Krassowsky, Kustner, Braun, Spiegelberg, Blasius et Gusserow en font foi. Beaucoup d'auteurs cependant nient l'existence de pareille viciation due à la coxalgie et Sabatier (1) après avoir admis à la fois, et le rétrécissement du côté sain et celui du côté malade, finit par conclure que toujours c'est le côté sain qui est oblique anormalement et resserré. Ce bassin d'après les auteurs qui l'ont observé présenterait les particularités suivantes (Tracou) :

Côté malade.

Atrophie considérable en longueur, épaisseur augmentée, totale ou partielle (ostéite).

Redressement de la ligne innominée. L'angle qu'elle forme en arrière est moins ouvert. Elle tend à repousser la symphyse pubienne du côté opposé.

Abaissement de l'apophyse supérieure du sacrum dû à la déviation vers le côté malade de la colonne vertébrale, d'où l'extrémité inférieure du sacrum est reportée vers le côté sain.

L'iliaque présente à sa face externe des traces d'ostéite, la cavité cotyloïde est aplatie et

Côté sain.

Les os sont normaux.

L'extrémité inférieure du sacrum est déviée de ce côté.

La tubérosité ischiatique est dirigée vers l'intérieur du bassin.

La ligne innominée est plus courbée.

Parfois le bassin est plus ample de ce côté.

(1) SABATIER, *Lyon médical*, t. LXI, avril 1889 ; *id.*, t. LVII.

déformée, et l'on trouve souvent en haut et en arrière un début de nouvelle cavité avec tendance à percer vers la cavité du bassin.

L'os tout entier est redressé. La crête est moins large, l'aile iliaque est reportée vers l'intérieur, alors que la tubérosité ischiatique est au contraire déviée en dehors.

Le pubis lui aussi est redressé.

Les principales raisons invoquées pour expliquer le rétrécissement du côté malade, et l'intégrité du côté sain sont les suivantes :

1° L'arrêt dans la marche, après l'évolution de la coxalgie, ou du moins l'arrêt prolongé pendant un très long temps ;

2° L'inégalité dans le développement des ailes du sacrum ;

3° La reprise de la marche avec des béquilles ou des cannes pendant plusieurs années. Nous ne nous appesantissons pas d'ailleurs sur la valeur de tous ces arguments, renvoyant pour cela aux auteurs qui se sont spécialement occupés des descriptions anatomiques du bassin coxalgique.

Abordons maintenant la coxalgie avec luxation et notons, en quelques mots, les viciations du bassin dans ce cas : la luxation la plus fréquente est la luxation postéro-supérieure. Cette terminaison de la coxalgie est d'ailleurs très rare. La forme du bassin dépend ici plus que partout ailleurs de l'usage des membres inférieurs :

1° Luxation survenue avant la marche : rétrécissement du côté malade ;

2° Luxation se produisant au moment où le bassin a acquis son complet développement ; les membres inférieurs ne servent plus : élargissement du côté malade dû aux tractions musculaires (psoas) et ligamenteuses (ligament iléo-fémoral) ;

3° Au contraire les membres inférieurs servent : rétrécissement du côté sain. Légère atrophie du côté luxé.

On le voit le facteur important dans ces cas, est l'inégale répartition du poids du tronc (Kustner, Tracon).

Outre ces différentes variétés, la coxalgie peut se compliquer de synostose sacro-iliaque, et l'on a alors une forme se rapprochant du bassin oblique ovalaire de Nægelé. Nous avons vu l'explication qu'en donnait Litzmann, nous n'y reviendrons pas. Pour Nægelé cette forme de bassin était le résultat d'une malformation originelle d'un aileron sacré ; pour Rosshirt il fallait incriminer une inflammation primitive ; pour Litzmann la véritable cause est toute mécanique et réside dans l'inégale répartition des pressions. Quoi qu'il en soit notons que cette synostose peut se produire du côté de la coxalgie ou du côté opposé. L'aspect du bassin diffèrera nécessairement suivant le siège de la synostose. Quand celle-ci sera du même côté que la coxalgie on aura affaire au bassin oblique ovalaire de Nægelé (1). Si au contraire la synostose existe du côté sain, la forme générale du bassin se rapprochera de celle du bassin transversalement rétréci.

(1) NÆGELÉ, traduit par DANYAU, *Des principaux vices de conformation du bassin et principalement du rétrécissement oblique ovalaire.*

En dehors de ces viciations dans la forme, il faut noter des changements dans la situation générale du bassin. C'est ainsi que le pelvis se trouve souvent en latéroversion et en antéverson. Cette dernière est surtout fréquente dans les cas de luxation en haut et en arrière.

Tels sont en quelques mots, les divers types dans lesquels se résume le bassin atteint par le processus coxalgique.

Il est, sans doute, encore d'autres lésions qu'il faudrait examiner pour se rendre un compte exact de toutes les modifications apportées à la forme du pelvis (perforation du cotyle, tumeurs osseuses, etc.), mais elles sont tellement exceptionnelles, que nous pouvons les passer sous silence, et aborder dès maintenant la marche de l'accouchement dans les bassins touchés par la coxo-tuberculose.

II

De l'accouchement.

Comment se passe l'accouchement dans les bassins coxalgiques? Nous avons vu dans l'historique de la question, les opinions bien partagées à ce sujet, chacun affirmant tour à tour l'innocuité ou au contraire l'influence néfaste de cette affection sur la marche de l'accouchement.

Actuellement encore les différents auteurs semblent attribuer une réelle gravité à la coxalgie au point de vue obstétrical et l'on voit en effet des statistiques qui ne laissent pas que d'effrayer. Si l'on passe en revue la plupart des observations publiées, on est frappé du nombre d'interventions nécessaires dans les bassins touchés par le processus coxalgique : Accouchements prématurés provoqués, applications de forceps, versions, basiotripsies même ; telles sont les interventions qui reviennent le plus souvent.

La statistique de Demelin porte sur 20 observations de femmes ayant fourni ensemble un total de 43 accouchements et donne :

Accouchements spontanés à terme	15
— provoqués, terminés spontanément. . .	2
Extraction de siège	4
Version	7
Forceps	7
Perforation.	2

Céphalotripsie	2
Basiotripsie	2
Opération fœticide de nature inconnue.	1
Opération césarienne (bassin obstrué, obs. de Hecker)	1

Il y a donc eu 28 interventions nécessaires, 3 femmes sur 20 sont mortes de septicémie : 1° celle à qui l'on fit l'opération césarienne (Hecker, Tumeur osseuse) ; 2° une autre femme chez laquelle on dut terminer l'accouchement par une version podalique (Mennel, Tumeur osseuse constituée par la tête fémorale luxée dans la fosse iliaque externe) ; 3° La dernière chez laquelle l'accouchement prématuré dut être terminé par des tractions exercées sur l'extrémité pelvienne.

En ce qui concerne le pronostic pour l'enfant, cette statistique est encore plus sombre :

Sur les 43 enfants : 1 était mort depuis 5 jours dans l'utérus.

Des 30 enfants à terme . . .	{ 23 naquirent vivants.
	{ 7 succombèrent pendant le travail.
Des 12 avant terme.	{ 5 naquirent vivants.
	{ 7 moururent pendant le travail.

Ce qui fait 29 0/0 d'accouchements avant terme, nécessités par l'état du bassin ;

33 0/0 de mortalité pour les enfants ;

15 0/0 « « mères.

Tracou est encore plus pessimiste :

Sur 26 cas ayant donné 36 accouchements il y a eu :

Accouchements naturels : 12.

Accouchements laborieux sans intervention : 4.

Application de forceps : 6.

Accouchements prématurés provoqués : 6.

Céphalotripsie : 1.

Perforation avec cranioclasie et version : 1.

Perforation : 1.

Version : 1.

Opération césarienne : 1.

Rupture utérine : 1.

Cas mal connus : 1° ayant amené la mort de la mère et de l'enfant (Falbri) ; 2° présentation pelvienne où la délivrance fut pénible (Rosshirt). Il y a eu 9 morts pour la mère. Les renseignements ne sont pas suffisants pour établir le pronostic au sujet de l'enfant.

De notre côté, en possession des observations que nous avons puisées dans les registres et archives de la clinique Baudelocque et de l'hôpital Lariboisière, pendant que M. Pinard y dirigeait le service d'obstétrique, ainsi que des quelques cas que nous avons notés alors que nous étions dans ce service, nous pouvons à notre tour fournir une statistique sur ce sujet, où les interventions sont singulièrement restreintes et où le pronostic n'est plus aussi effrayant :

Sur 24 femmes ayant fourni 45 accouchements, nous trouvons 31 accouchements spontanés (dont deux à 7 mois $1/2$).

14 interventions :

3 basiotripsies.

4 accouchements prématurés provoqués dont un rentre dans le cas ci-dessus puisqu'il fut terminé par une basiotripsie.

8 forceps.

Une seule femme est morte (Basiotripsie).

Ce qui réduit la proportion de 15 0/0 à 4, 2 à peine 0/0.

Des 45 enfants : deux étaient macérés et avant terme, deux sont morts pendant le travail, trois ont subi la basiotripsie. Notre proportion est donc de 11, 11 0/0 au lieu de 33 0/0.

Les résultats sont, on le voit, moins effrayants.

Nous allons passer en revue les différentes observations où l'accouchement a été spontané dans les bassins coxalgiques, et après avoir dit quelques mots des diverses circonstances où il a fallu intervenir, nous verrons que l'on peut en réalité, dans les cas où la coxalgie est simple, dans les cas où elle n'est compliquée d'aucune autre viciation pelvienne, conclure que l'accouchement se fait ordinairement dans de très bonnes conditions.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — *Coxalgie droite à l'âge de 3 ans, ayant empêché la marche jusqu'à 11 ans. — Soignée à Berck. — Mouvements de la hanche libres. — Raccourcissement considérable. — Atrophie notable de la cuisse droite. — Bassin symétrique, mais rétréci dans son diamètre antéro-postérieur. — Accouchement à terme, spontanément après 8 heures de travail. — O I G T.*

Reine Ch..., 25 ans, couturière, née à Paris, entre le 21 juin 1884 dans le service de M. Pinard à Lariboisière.

A 3 ans elle fut atteinte de coxalgie droite, affection au cours de laquelle elle eut des abcès multiples au niveau de la partie supérieure de la cuisse et dont on retrouve actuellement les cicatrices. Cette affection empêche la marche jusqu'à l'âge de 11 ans et ne guérit qu'après un long séjour à l'hôpital de Berck.

De cette affection il reste aujourd'hui les cicatrices : une atrophie et un raccourcissement de la cuisse droite avec claudication.

Tous les mouvements de la hanche sont essentiellement libres. Il y a très peu de déviation de la colonne vertébrale.

Le bassin est symétrique, mais l'angle sacro-vertébral est accessible. Le diamètre promonto-sous-pubien est de 10,5.

2 grossesses antérieures terminées à terme par des accouchements naturels.

La grossesse actuelle a été bonne. La hauteur de l'utérus correspond à une grossesse à terme. — Premières douleurs : 21 juin à 2 heures du soir.

On trouve à son entrée à 4 heures du soir : un fœtus vivant, tête en bas, très mobile au-dessus du détroit supérieur, dos à gauche et

en avant. La dilatation est complète, la poche des eaux bombe jusqu'à la vulve.

8 h. soir. — Rupture spontanée des membranes.

10 h. — L'orifice utérin est revenu un peu sur lui-même. La tête est amorcée en O I G T.

22 juin. — 10 h. matin. Orifice dilaté comme 5 francs ; mais les lèvres souples peuvent être écartées jusqu'aux bords de l'excavation. Excellent état général.

Dans l'après-midi, les bords de l'orifice deviennent plus durs. La femme n'a plus de douleurs, le travail n'avance pas. Il se forme une bosse séro-sanguine volumineuse. Bon état général.

8 h. soir. — Bain. Après le bain, les douleurs reviennent et à 10 h. 1/4 accouchement spontané d'un enfant vivant, mâle, pesant 3.700 grammes.

Diamètres :	O F = 11,5
	O M = 14,5
	Bi P = 9,5
	Bi T = 8
	SoB = 10

La tête est manifestement aplatie transversalement. Le pariétal gauche surtout est enfoncé, et disparaît sous l'occiput et le pariétal droit qui empiètent largement sur lui. Pas de dépression des os. Bosse séro-sanguine très volumineuse. Délivrance naturelle 1 h. 30 après l'accouchement.

Sortie de la mère et de l'enfant : état satisfaisant.

OBSERVATION II. — *Coxalgie gauche. — Bassin aplati à gauche. — Secondipare. — Accouchée une fois déjà normalement dans le service de M. le Dr Pinard à Lariboisière. G A.*

Marie L... 27 ans, modiste, entre le 1^{er} octobre 1888 à 7 heures du soir dans le service.

1 avortement à 2 mois.

1 accouchement à terme, spontané. Sommet en G A. Enfant vivant pesant 3.500 grammes. 13 heures de travail.

Diamètres : O F = 11,5
 O M = 13,5
 Bi P = 9,5
 Bi T = 8
 So B = 9,5

Hémorrhagie avant et après la délivrance, pas d'insertion vicieuse.

Grossesse actuelle à terme, petite hémorrhagie au 2^e mois. Enfant en O I G A. Travail : 7 h. 45. Accouchement spontané. Enfant vivant de 3.060 grammes.

Diamètres : O F = 11,5
 O M = 13,2
 Bi P = 9,3
 Bi T = 8,2
 So B = 9,3

Suites de couches normales.

OBSERVATION III. — *Coxalgie droite à l'âge de 19 ans. — Bassin oblique ovalaire, aplati du côté droit. — Ankylose de la hanche droite. — Grossesse à terme. — Accouchement spontané, OIGA.*

Elisa A..., 28 ans, blanchisseuse, entre à la clinique Baudelocque le 21 octobre 1890.

Elle a marché à un an, et ce n'est qu'à l'âge de 19 ans qu'elle éprouve dans la hanche droite des douleurs qui l'obligent à suspendre sa marche pendant 22 mois.

1^{re} grossesse à 18 ans. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant.

2^e grossesse à 20 ans. Accouchement spontané à terme. Enfant vivant.

Grossesse actuelle : dernières règles : 8 janvier 1890. Donc grossesse à peu près à terme. Fœtus en O I G T, pas d'engagement.

Du côté du squelette : parenthèse très prononcée des membres inférieurs. Bassin oblique ovalaire. Ankylose de la hanche droite. Bassin aplati à droite.

Début du travail : 8 novembre à 2 h. 30 matin. Enfant vivant, en-

gagé en G A. Rupture prématurée des membranes à 3 h. 30. Liquide amniotique normal.

Expulsion à 9 heures du matin d'un enfant pesant 3.150 grammes.

Longueur : 51 centimètres.

Diamètres : O M = 13
 O F = 11,7
 So B = 9,5
 So F = 11
 Bi P = 9,5
 Bi T = 8
 S M B = 10,5

Placenta 750 grammes. Membranes 25/7.

Suites de couches normales.

Sortie de la mère et de l'enfant le 18 novembre. Etat satisfaisant.

OBSERVATION IV. — *Coxalgie gauche à l'âge de 8 ans. — Ankylose de la hanche gauche. — Raccourcissement du membre inférieur gauche. — Bassin oblique ovalaire de Lenoir. — Accouchement à 8 mois 1/2. — Spontané OIDA.*

Léontine P., couturière, entre à la clinique Baudelocque le 24 mars 1890.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : marche à 11 mois. A l'âge de 8 ans, chute et apparition d'une coxalgie gauche. Santé toujours délicate.

Primipare. Dernières règles : 26 juin 1889. Grossesse de 8 mois 1/2. Au 4^e mois de la grossesse, elle a éprouvé de violentes douleurs au niveau de la hanche gauche, et a dû pour ce motif garder le lit pendant un mois.

Actuellement : Ankylose complète de l'articulation coxo-fémorale gauche. Bassin oblique ovalaire. Aplatissement du côté droit. Ventre très tendu. Hydramnios. Hauteur de l'utérus : 35 centimètres. Circonférence ombilicale : 93 centimètres. Fœtus vivant. Tête en bas. Amorcé en droite. Œdème considérable des membres inférieurs. Pas d'albumine. Début du travail : 28 mars, 6 heures soir, OIDA.

Dilatation complète le 29 mars à 7 heures matin. Rupture spontanée des membranes.

Expulsion : 29 mars 8 h. 10 matin. Enfant vivant de 3.420 grammes.

Diamètres : O M = 13
 O F = 12,5
 So B = 10
 So F = 12
 Bi P = 8,5
 Bi T = 8
 SMB = 11

Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

Sortie de la mère et de l'enfant en bon état le 10 avril 1890.

OBSERVATION V.
— Éléonore D...,
avril 1890.

Coxalgie droite à 3 ans 1/2. Atrophie et ankylose du membre inférieur droit. Bassin vicié, les crêtes iliaques, surtout celle de gauche, sont déviées en dehors.

1^{re} grossesse, 8 mois. Forceps (Pitié).

2^e — — — — — terme, spontané.

3^e — — — — — — — — —

4^e — — — — — 7 mois, spontané.

5^e — — — — — (actuelle), non engagé, DT. utérus, dureté ligneuse, col entr'ouvert, segment inférieur constamment tendu, hémorrhagie abondante, rupture artificielle des membranes.

Nouvelle hémorrhagie, absence de battements fœtaux, durée du travail 35 heures.

Enfant mort-né de 4.280 grammes.

OBSERVATION VI.
— Élisabeth G..., mai
1883.

Coxalgie.

1^{er} accouchement à terme, spontané, sommet.

2^e (actuel à terme) OI DP. Travail 4 h. 30.
enfant vivant de 3.150 grammes.

	Diamètres : O F = 12 O M = 13 Bi P = 9 Bi T = 8 SOB = 10,5
OBSERVATION VII. — Marie G..., août 1883, primipare.	Coxalgie. Grossesse 8 mois 1/2. OI DP. Travail 2 h. 45, enfant vivant de 2.700 grammes. Diamètres : O F = 11,5 O M = 13 Bi P = 9 Bi T = 7,5 SOB = 9,5
OBSERVATION VIII — M..., mai 1884.	Coxalgie. 1 ^{er} accouchement à 7 mois, enfant vivant. 2 ^e — terme, sommet. 3 ^e — — — 4 ^e (actuel), 9 mois OIGA, travail : 2 heures, fille 3.200 grammes. Diamètres : O F = 12,5 O M = 14 Bi P = 10 Bi T = 8,5 SOB = 10
OBSERVATION IX. — Blanche B..., août 1887.	Coxalgie à 13 ans. 1 ^{er} accouchement à 7 mois 1/2. 2 ^e — — — sommet, enfant macéré 1.310 grammes.

OBSERVATION X (Personnelle). — *Coxalgie gauche à l'âge de 5 ans qui a duré 6 ans. — Ankylose de la hanche gauche. — Raccourcissement de 8 centimètres. — Aplatissement de la moitié gauche du bassin par arrêt de développement. — Grossesse de 9 mois. — Accouchement spontané, OI.D.*

Marie D..., 27 ans, polisseuse, entre à la clinique Baudelocque le 12 mai 1891.

Elle contracte à 5 ans une coxalgie gauche qui suppure et exige le séjour au lit jusqu'à 11 ans. Depuis un mois de nouvelles douleurs sont apparues dans l'articulation coxo-fémorale gauche.

Secondipare. Elle est accouchée en 1887, à l'hôpital de Lariboisière dans le service de M. Pinard, d'un enfant à terme, vivant, et spontanément, OI.G.A.

Grossesse actuelle : dernières règles : 30 août 1890. Hauteur de l'utérus, 26 centimètres. Douleurs dorsales et coxo-fémorales depuis un mois.

A son entrée on constate : une ankylose complète de la hanche gauche. Raccourcissement du membre inférieur gauche de 8 centimètres, rotation en dehors, pas de luxation, quelques cicatrices d'abcès au niveau de l'articulation, pli fessier gauche abaissé.

Fœtus vivant. Siège dans la fosse iliaque gauche. Tête au-dessus de la fosse iliaque droite.

La symphyse pubienne est très abaissée. Promontoire non accessible. Aplatissement de la moitié gauche du bassin par arrêt de développement. Le côté droit est au contraire très large. La cuisse gauche a subi une atrophie assez considérable. Elle mesure à 12 centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule : 43 centimètres de circonférence alors que la droite en a 52 centimètres.

On transforme la présentation du siège en présentation du sommet, OI.D.T.

Début du travail le 13 juin à 11 heures du soir. Le fœtus est en DT, dilatation complète le 14 juin à 3 heures 45 du soir. Rupture spontanée des membranes à 11 heures du matin.

Expulsion à 4 heures 15 du soir d'un enfant vivant pesant 3.460 gr.

Diamètres : O M = 13,7
 O F = 11,7
 So B = 9,5
 So F = 10,9
 Bi P = 9,1
 Bi T = 8,1
 S M B = 10,3

Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

OBSERVATION XI (Personnelle). — *Coxalgie droite à 3 ans. — Séjour au lit jusqu'à 7 ans. — De 7 à 14 ans marche avec un appareil. — Ankylose de la hanche droite. — Raccourcissement de 8 centimètres. — Atrophie sensible des muscles du bassin et du membre inférieur droit. — Bassin asymétrique plus accessible à droite qu'à gauche. — Primipare. — Accouchement à terme. — Spontanément. — OID.*

Lucienne L., 20 ans, modiste, entre le 8 mai 1891 à la clinique Baudelocque.

Antécédents héréditaires : mère morte d'une maladie de cœur. Père mort d'une affection de poitrine.

Elle ignore l'âge auquel elle a marché. A 3 ans : coxalgie droite qui interrompt la marche jusqu'à 7 ans. De 7 à 14 ans marche avec un appareil. Dès 14 ans, marche sans béquille ni canne. La grossesse s'est bien passée et est actuellement à 6 mois 1/2. A l'entrée on constate : une ankylose complète de la hanche droite avec un léger déplacement en haut et en arrière. La cuisse est dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans. Arrêt de développement du membre inférieur droit. Atrophie sensible des muscles du bassin. Raccourcissement de 8 centimètres. Le rachis est légèrement incurvé latéralement dans la région dorso-lombaire.

Bassin asymétrique, plus accessible à droite

Enfant vivant. Tête en bas tendant à filer dans la fosse iliaque droite. Dos à gauche.

Le 1^{er} juin, M. le professeur Pinard examine cette femme sous le chloroforme et constate qu'il peut introduire les quatre doigts de la main de champ entre les faces internes des tubérosités de l'ischion. Il en déduit que le détroit inférieur n'est pas sensiblement rétréci et décide de laisser la grossesse aller à terme. La tête tend à s'amorcer.

Rupture des membranes le 23 juillet à 10 heures matin.

Début du travail : 23 juillet 1891, midi.

Enfant vivant, OI DT.

Dilatation complète à 5 heures soir.

Expulsion spontanée à 5 h. 30 d'un enfant vivant du poids de 2.850 grammes.

Diamètres :	O M = 12,7
	O F = 10,5
	So B = 8,4
	So F = 10,3
	Bi P = 8,3
	Bi T = 7
	SMB = 9

Délivrance naturelle. Membranes 32/6. Suites de couches normales.

OBSERVATION XII (Personnelle). — *Coxalgie gauche suppurée à l'âge de 10 ans avec phénomènes douloureux jusqu'à 12 ans et 1/2. — Nouvel abcès au niveau de l'articulation fémorale à 22 ans, alors qu'il y a grossesse de deux mois. — Ankylose coxo-fémorale gauche. — Adduction, rotation en dedans. — Raccourcissement de 12 centimètres. — Bassin asymétrique. — Aplati à gauche. — Atrophie de l'aile du sacrum de ce côté. — Le côté droit paraît sain. — Accouchement normal, OIDA.*

Andrée Ch., Vîpare, relieuse, 34 ans, entre le 26 octobre 1891 à la clinique Baudelocque.

Antécédents héréditaires : Père mort d'une affection de poitrine. 1 sœur morte d'une affection de poitrine.

Elle a marché à 4 mois. A 10 ans, elle contracte une coxalgie gauche exigeant un séjour au lit de 11 mois, dans une gouttière inamovible. De là, elle est envoyée à Berck où elle reste 8 mois, et où elle fait usage de béquilles.

A 12 ans, marchant encore avec des béquilles, elle doit prendre de nouveau le lit pour un abcès de l'articulation qui vient s'ouvrir à la partie supéro-externe de la cuisse gauche. Cet abcès cicatrisé, elle se contente désormais d'un soulier à haut talon. Plus aucun phénomène ne se produit jusqu'à l'âge de 22 ans, où, étant enceinte de deux mois, un nouvel abcès vient s'ouvrir immédiatement au-dessous du premier. Diathèse spécifique.

Accouchements antérieurs :

1^{re} grossesse, 1879. — Accouchement à terme, spontané. Sommet. Enfant vivant. Mort à 6 mois. 36 heures de travail.

2^e grossesse, 1881. — Accouchement à terme, spontané. Sommet. Enfant vivant, mort le 20^e jour. 24 heures de travail.

3^e grossesse, 1885. — A terme, spontané. Siège. Enfant mort et macéré. 6 heures de travail.

4^e grossesse, 1887. — 8 mois. Spontané. Sommet. Enfant vivant. 18 heures de travail.

5^e grossesse, 1889. — Dans le service de M. Pinard à Lariboisière 9 mois à peu près. Application du ballon Tarnier et Champetier. Sommet. Version podalique. Enfant vivant 3350. Travail 24 heures.

Hydramnios :	OF = 12
	OM = 13,8
	Bi P = 9,7
	Bi T = 7,3
	SOB = 10

Cette enfant revue actuellement est manifestement rachitique.

Le traitement anti-syphilitique n'a été suivi que pour la 5^e grossesse et l'actuelle.

Grossesse actuelle : 8 mois. Hauteur de l'utérus 43 centimètres. Hydramnios.

Examen actuel : Ankylose complète de l'articulation coxo-fémorale. Cuisse en adduction et rotation en dedans. Raccourcissement

de 12 centimètres. Atrophie du membre inférieur gauche et de l'os iliaque de ce côté.

2 cicatrices d'abcès à la partie supéro-externe de la cuisse.

Synostose sacro-iliaque, avec arrêt de développement du sacrum.

Aplatissement absolu de la ligne innominée gauche, le côté droit paraît sain. Toucher très douloureux surtout à gauche, vulve déviée à droite.

Enfant vivant, tête très mobile au-dessus du détroit supérieur, dos à droite.

Entrée à la salle de travail : 3 novembre 1891, 10 h. matin.

M. le professeur Pinard introduit le ballon de Champetier.

Début du travail à 3 h. soir. Dilatation complète 8 h. soir. Expulsion du ballon, 8 h. 1/4.

Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète, pendant qu'un aide appuyant sur l'hypogastre maintient la tête au niveau du détroit supérieur.

Expulsion spontanée à 8 h. 45 du soir d'un enfant pesant 2.610 gr.

Dans ce cas, nous nous sommes rendu compte de la difficulté que l'on pouvait éprouver, par suite de l'adduction complète de la cuisse, pour le maintien de la tête du fœtus, au moment où elle se dégage sous la symphyse pubienne.

Délivrance normale.

Suites de couches normales. Sortie de la mère et de l'enfant en bonne santé le 18 novembre 1891.

OBSERVATION XIII (Personnelle).— *Coxalgie droite contractée à l'âge de 17 ans 1/2. — Immobilisation pendant 5 mois. — Marche avec béquilles pendant un an. — Léger raccourcissement du membre droit. — Accouchement spontané à terme.*

Femme L..., 23 ans, Ipare, marche à 18 mois. Jusqu'à cinq ans elle marchait dit-elle, « comme un canard ». On la traite par les bains salés et les bains de sang. De 5 à 17 ans, la marche devient plus régulière, bien qu'elle ressente toujours une grande faiblesse dans les jambes. A 17 ans 1/2 elle ressent une douleur subite dans

la hanche et le genou droits, qui l'oblige à prendre le lit immédiatement. On la traite à la Charité pour une coxalgie, et on lui immobilise le membre dans une gouttière de Bonnet. Peu après elle reprend la marche avec des béquilles pendant un an. Depuis, elle a conservé une claudication notable.

Cette femme entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque, le 16 mai 1892, à 4 heures du matin. Voici la marche de l'accouchement : Dernières règles : Juillet 1891.

Actuellement : sommet non engagé, O I G T.

Début du travail : 15 mai 1892 à 9 h. soir.

Dilatation complète : 16 mai 1 h. soir. Rupture précoce des membranes. Expulsion spontanée d'un enfant vivant, pesant 3.600 grammes, à 2 h. 25 du soir, le 16 mai 1892. Délivrance normale.

Sortie de la mère et de l'enfant en bonne santé le 28 mai 1892.

OBSERVATION XIV. — *Coxalgie droite à l'âge de 3 ans, pas de suppuration. — Immobilisation pendant 6 mois à l'hôpital Trousseau. — Guérison par ankylose avec luxation en haut et en arrière. — Atrophie du côté droit du bassin et du segment inférieur. — Racourcissement et adduction de la cuisse droite. — Accouchement spontané à terme.*

Femme B..., Ilpare, entrée le 9 juin à la Maternité Baudelocque.

1^{er} accouchement : à terme, spontané (Maternité) le 26 juillet 1890.

Sommet. Enfant vivant (3.450 gr.)

Accouchement actuel. Dernières règles : 11-14 septembre 1891. Ensellure considérable dorso-lombaire. La flèche de cet arc mesure 10 centimètres. Ventre pendulum. Vulve en arrière. Tête mobile tendant à filer dans la fosse iliaque droite.

Rétrécissement du côté droit dans tous ses diamètres, O I G T.

Examen des membres inférieurs.

Membre droit	{	circonférence de la cuisse (partie moyenne), 39 centimètres.
	{	circonférence du niveau du mollet, 34 centimètres.

Membre gauche	{	circonférence de la cuisse, 47 centimètres. circonférence du mollet, 37 centimètres.
Côté droit	{	distance de l'épine iliaque A. S. à la rotule, 34 centimètres. distance de l'épine iliaque A. S. à la malléole in- terne, 72 centimètres.
Côté gauche	{	distance de l'épine iliaque A. S. à la rotule, 42 centimètres. distance de l'épine iliaque A. S. à la malléole interne, 79 centimètres.

Début du travail : 15 juin, 7 heures matin.

Dilatation complète : 15 juin, 2 heures soir. Rupture spontanée des membranes 1 h. 1/2 soir. Expulsion spontanée du fœtus, 3 h. 1/4 soir. Enfant vivant, 3.620 grammes. Délivrance normale.

A 2 heures soir, la tête est encore retenue au détroit supérieur ; l'occipital chevauche sur les pariétaux.

Après la sortie de la tête, il a fallu d'assez fortes tractions, pour extraire les épaules. L'enfant étonné, est rapidement ranimé.

Rétrécissement maximum : diamètres transverses et obliques du détroit inférieur.

Sortie de la mère et de l'enfant en bonne santé le 23 juin 1892.

Tels sont sur les quarante-cinq cas de bassin coxalgique, les trente accouchements spontanés.

Pour peu, que l'on étudie au contraire les observations où il est question d'interventions, on trouve dans la plupart des cas des viciations pelviennes autres, qui sont venues s'ajouter à la véritable viciation simple de la coxalgie.

Les trois basiotripsies en effet, portent sur trois cas où, outre la coxalgie, il y avait sacro-coxalgie et synostose sacro-iliaque, c'est-à-dire bassins se rapprochant du type de Nœgelé. Des quatre accouchements prématurés provoqués,

deux portent sur deux femmes dont la symphyse sacro-iliaque était aussi synostosée, et un sur une femme chez laquelle on dut pratiquer la basiotripsie (sacro-coxalgie).

Enfin, si l'on cherche les motifs des applications de forceps, on voit d'abord 5 primipares sur 6, et l'on constate que l'intervention a été décidée par suite de :

- 1° La résistance des parties molles ;
- 2° La modification des bruits du cœur du fœtus ;
- 3° L'inertie utérine.

Dans quelques cas nous avons pu noter des accouchements normaux et spontanés, chez des femmes pour lesquelles on avait dû faire des applications de forceps lors de leur premier accouchement. Nous ne doutons pas que la proportion de 8 applications de forceps sur 45 accouchements soit considérable, et nous accordons certainement que la coxalgie y est pour quelque chose, mais nous sommes en droit, de lui chercher des circonstances atténuantes, dans le fait de la primiparité, ou dans les cas où la vie de l'enfant est tout à coup en danger.

Il faut d'un autre côté cependant attribuer une grande influence à l'inertie utérine (déterminée par l'antéversion du bassin), qui peut être ici une cause assez fréquente d'application de forceps.

Que ressort-il des observations que nous avons recueillies sur l'accouchement spontané dans ces sortes de bassins ? Il nous paraît difficile de donner des renseignements précis sur les diverses présentations. Dans la plupart des faits notés, nous trouvons la présentation du sommet. Dans un cas : celle du siège qui fut d'ailleurs réduite quelque temps avant l'accouchement.

L'engagement paraît ne se faire que tardivement, et dans beaucoup des observations que nous citons, l'on voit :

La tête rester mobile au-dessus du détroit supérieur jusqu'à la période d'expulsion ; voire même, ayant tendance à filer dans l'une des fosses iliaques.

Il est du reste, bien évident que l'engagement sera subordonné au degré de la viciation pelvienne, et aux présentations et positions du fœtus, celui-ci pouvant se trouver dans la partie rétrécie du bassin ou la partie élargie. La poche des eaux a sa forme normale ; dans un cas seulement (obs. I) elle bombe et fait saillie à la vulve.

Sur neuf cas au sujet desquels nous avons des renseignements, il y a eu :

Deux ruptures précoces ;

Deux ruptures prématurées ;

Trois ruptures spontanées à la dilatation complète ;

Deux ruptures artificielles : l'une à la dilatation complète ; l'autre pour réprimer une abondante hémorrhagie.

La période de dilatation ne semble pas être de plus longue durée que pour l'accouchement dans le bassin normal. De même d'ailleurs pour la période d'expulsion, bien que, comme nous le disions plus haut, l'antéversion du pelvis soit une cause puissante de défaut de contractions de l'utérus. Nous n'avons recueilli aucun cas de procidence du cordon ni des membres. Le mécanisme de l'accouchement paraît très peu modifié, et bien que la présentation de la face due à la latérotation pelvienne (Tarnier), ait été notée nous n'avons pas eu occasion de l'observer.

Le dégagement de la tête au-dessous de la symphyse du

pubis, peut être gêné par la position de la cuisse en adduction forcée. Nous avons pu nous rendre compte par nous-même, de la difficulté que l'on peut éprouver dans le dégagement et le maintien de la tête, quand la cuisse est ankylosée dans cette situation. Il peut même être nécessaire de faire prendre à la parturiente une position spéciale. On comprend alors l'embarras de l'accoucheur quand il est forcé d'intervenir et l'on s'explique que dans les cas d'application de forceps, par exemple, on ait pu amener des fractures du pubis (1).

Nos observations ne font pas allusion à l'intensité des douleurs, fait noté par quelques auteurs.

Au point de vue de l'enfant, nous avons à citer :

L'aplatissement transversal de la tête (obs. 1).

Le chevauchement des pariétaux.

Pareil cas avait déjà été remarqué : Demelin, dans la *Gazette des Hopitaux* (1889) parlant d'un accouchement chez une femme coxalgique, dit que le pariétal droit (présentation, position et variété: O 1 G A) enfoncé dans sa partie antéro-inférieure était au contraire proéminent dans sa partie postéro-supérieure. La disposition inverse avait lieu pour le pariétal gauche. Les bords du frontal et de l'occipital étaient alternativement sus et sous-jacents aux bords osseux voisins. Ces chevauchements résultaient de la brusquerie et de la rapidité avec lesquelles la rotation s'était effectuée.

Le passage des épaules a dans un cas (obs. XIV), nécessité de fortes tractions. Telles sont les diverses particularités que nous rencontrons dans nos observations. Pour

(1) STUDLEY, *American Journal of obstetrics*, p. 275.

nous, les irrégularités de mécanisme ne sont pas nombreuses et l'accouchement paraît peu différer de l'accouchement normal.

Les suites de couches sont partout normales, et le pronostic pour l'enfant ne comporte pas un grand caractère de gravité. Des 31 enfants : 1 est mort pendant le travail (hémorrhagie utérine abondante). Les autres sont nés en bonne santé. Nous ne parlons naturellement pas des deux enfants de l'Observation IX, dont l'un était né à 7 mois, l'autre à 7 mois et demi (mort et macéré).

Pas plus que de celui de l'Observation XII, qui était un syphilitique héréditaire.

Il résulte de tout cela :

1° Que dans la coxalgie, à viciation simple, l'accouchement se fait ordinairement sans aucune intervention ;

2° Que dans ce cas, l'accouchement côtoie de très près l'accouchement normal ;

3° Que le pronostic est absolument bénin et pour la mère et pour l'enfant.

Mais, sur quoi se basera-t-on pour prédire, à une coxalgie, un accouchement spontané ? Faire le diagnostic de coxalgie est, en général, chose facile ; et des marques irrécusables seront souvent là pour affirmer la nature de l'affection. L'aspect extérieur montrera en effet : des cicatrices péri-articulaires, vestiges d'anciens abcès, le raccourcissement du membre, l'atrophie de tout le segment inférieur, l'attitude vicieuse de la cuisse, l'ankylose, qui permettront souvent de formuler avec certitude le diagnostic.

Mais rien ne sera fait encore, quand ce diagnostic sera posé. Il faudra s'enquérir :

1° De l'âge auquel la maladie a été contractée. Cette notion sera en effet d'une très grande importance au point de vue obstétrical. Levret, avons-nous vu, fut le premier à entrevoir cette influence et à reconnaître que toute affection osseuse du bassin survenue avant la puberté, c'est-à-dire avant le développement complet des os, était plus funeste que celle qui survenait après la formation parfaite du bassin. Donc, d'une façon générale, plus la coxalgie sera survenue de bonne heure, plus les lésions seront intenses et préjudiciables pour l'accouchement futur.

2° L'étude de l'évolution de la maladie sera aussi d'un grand secours. Il faudra reconnaître de quelle façon la coxalgie a frappé, et à quel point elle se sera arrêtée. On conçoit en effet qu'une coxalgie guérie à la première période sera de beaucoup moins dangereuse qu'une coxalgie avec ankylose ou luxation. L'intensité du processus morbide devra donc lui aussi, être pris en sérieuse considération.

3° La durée de l'affection est encore un facteur à envisager. De même pour le traitement qui aura été suivi pendant et après la marche de la coxalgie. La malade qui aura fait un continuel usage de ses membres inférieurs aura par cela même apporté plus de troubles dans la statique et par conséquent aura plus vicié son bassin qu'une personne qui se sera soumise au repos absolu au lit ou à un traitement approprié.

La question d'égalité de répartition de l'équilibre du poids du corps est essentielle ; aussi sera-t-il nécessaire de s'informer avec amples détails des moyens prothétiques que l'on aura employés et des divers appareils qui

auront été mis en usage, pendant et après l'affection.

Quand tous ces antécédents seront connus, il faudra alors passer à l'aspect extérieur. On essaiera par la vue d'abord de se rendre compte de l'état du bassin et des membres.

On cherchera si, à la coxalgie, n'est pas venue se mêler une autre affection, cause nouvelle de déformation : rachitisme, ostéomalacie, etc. etc.... ce qui pourrait singulièrement aggraver le pronostic.

On arrivera alors à l'examen direct.

Après avoir noté le degré d'atrophie, la situation plus ou moins normale de la cuisse (ankylose, luxation, etc.), on essaiera de se rendre compte du degré d'obliquité du bassin. La méthode du fil à plomb (Nœgelé) sera mise en usage. La connaissance des diamètres de Nœgelé pourra aussi être de quelque utilité, mais il est bon d'ajouter que rarement ils donneront des renseignements suffisants pour permettre de porter le diagnostic de bassin avec synostose sacro-iliaque.

L'antéversion ou la latéroversion seront mises en ligne de compte.

On pourra alors utiliser le palper mensurateur ; toutefois, il est facile de comprendre que dans ces sortes de bassins asymétriques, le maximum de rétrécissement ne se trouvant pas au niveau du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, le moyen d'investigation ne sera absolument qu'approximatif et qu'on ne devra pas s'en contenter.

C'est en effet le toucher manuel pratiqué pendant l'anesthésie qui pourra seul donner des renseignements aussi exacts que possible. Le toucher digital ne sera pas suffi-

sant : après avoir anesthésié la femme, on introduira trois ou quatre doigts dans le vagin, et l'on cherchera à se rendre compte de la situation respective des parties osseuses. Après avoir observé tant à la vue qu'au toucher quelle est la situation de la symphyse pubienne, on notera la disposition des branches horizontales du pubis, et surtout l'on mesurera l'étendue du diamètre bi-ischiatique. En possession de cette mesure on pourra souvent poser un pronostic exact en ce qui concerne l'accouchement. Le toucher digital ne devra pas cependant être négligé, on prendra (et cela a une grande importance) la longueur du diamètre promonto-sous-pubien, puis suivant successivement chaque côté du bassin, on appréciera le degré d'aplatissement de la ligne innominée, l'atrophie plus ou moins considérable des ailes sacrées, les inégalités diverses pouvant être causées par la prolifération exagérée du tissu osseux.

Quand l'on aura tous ces renseignements, il sera alors possible de poser fermement son diagnostic et d'affirmer si l'on est en présence d'un bassin de Nœgelé, d'un bassin vicié par obstruction, d'un bassin à viciation complexe, ou simplement d'un bassin coxalgique sans synostose sacro-iliaque. Suivant la variété et l'étendue de la lésion, l'intervention sera ou non indiquée. L'accouchement prématuré provoqué sera mis en avant, dans les cas de viciation considérable, à moins que l'opération césarienne ne soit décidée sur le désir de la parturiente. Au terme de la grossesse, si l'enfant se présentant en sommet, a la tête dans la partie la plus large du bassin, aucune intervention ne sera indiquée ; si au contraire la tête se trouve dans la partie rétrécie, la version interne ou externe devra être la règle.

Quoi qu'il en soit, par la combinaison des différents moyens que nous venons de citer, l'on parviendra la plupart du temps à établir un diagnostic précis et par suite un pronostic non erroné. On arrivera ainsi à diminuer le nombre des cas où l'on intervient souvent inutilement, et à assigner à chaque lésion sa place et son influence dans l'espèce de bassin que nous venons de voir.

Ces viciations diverses étant bien reconnues à l'examen de la parturiente, des cases bien définies seront ouvertes pour chacune de ces lésions qui auront évolué seules ou simultanément sur le bassin, et des indications au point de vue du traitement et du pronostic en rejailliront forcément. En tenant compte des différents facteurs dont nous avons parlé, en tenant compte ensuite de l'examen direct et en particulier du toucher manuel pratiqué pendant l'anesthésie, on pourra à peu près certainement prédire les différentes phases de l'accouchement et porter un jugement presque infaillible à la fois sur les destinées de la mère et sur celles de l'enfant.

CONCLUSIONS

1° La coxalgie laisse sur le bassin des traces de son passage, traces qu'il est important de connaître pour le pronostic de l'accouchement. Les lésions sont subordonnées à la forme de la coxalgie, à l'âge auquel est survenue l'affection, à l'intensité du processus, aux complications, au traitement.

2° Le plus souvent, quand la lésion est simple, c'est-à-dire quand on se trouve en présence d'un bassin vicié par la coxalgie, sans synostose sacro-iliaque, ou sans viciation surajoutée (rachitisme, etc...) aucun obstacle ne se produit dans l'accouchement qui se fait alors comme dans les bassins normaux.

3° La grossesse est rarement influencée par le processus morbide.

4° Le pronostic est le plus souvent bénin pour la mère et l'enfant.

5° Pour arriver à formuler un pronostic exact, il est essentiel d'examiner chaque parturiente qui a été atteinte de coxalgie, par le toucher manuel pratiqué dans l'anesthésie et de se rendre compte de la situation générale du bassin, de sa forme, de sa déviation, de ses dimensions, de l'étendue du diamètre bi-ischiatique et de la longueur du diamètre promonto-sous-pubien.

6° Les interventions forment la minorité des cas. Elles sont variées et sont subordonnées à la multiplicité des lésions et à l'âge de la grossesse.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,
PINARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Mauriceau.** — *Traité des femmes grosses.* Paris, 1668.
- Peu.** — *La pratique des accouchements,* 1694.
- Deventer.** — *L'art des accouchements démontré par des principes de physique et de mécanique.* Paris, 1721.
- Herbiniaux.** — *Traité sur divers accouchements laborieux.* Bruxelles, 1782.
- Jacobs.** — *École pratique des accouchements,* 1785.
- Paletta.** — *Exercitationes pathologicæ.* Milan, 1820.
- Larrey.** — *Cliniques chirurgicales. — Campagnes et mémoires de chirurgie clinique.*
- Lachapelle.** — *Pratique des accouchements,* 1825.
- Gardien.** — *Art des accouchements,* 1824.
- G. W. Stein.** — *Lehre der Geburtshülfe.* Elberfeld, 1825.
- Gusserow.** — *Archiv. fur. Gynæk.,* 1867.
- Dupuytren.** — *Répertoire général d'anatomie et de physiologie.*
— *Leçons de clinique chirurgicale,* 1833.
- Delpech.** — *Traité d'orthomorphie,* 1828.
- Gerdy.** — *Rapport sur les luxations congénitales du fémur,* 1839.
- Nœgelé,** traduit par DANYAU. — *Des principaux vices de conformation du bassin,* 1840.
- Velpeau.** — *Traité de l'art des accouchements.* Paris, 1847.
- Litzmann.** — *Das Schraegovale Becken.* Kiel, 1853.
- *Die Formen des Beckens.* Berlin, 1861.
- *L'accouchement dans les bassins rétrécis.* Traduction française. Lyon, 1889.
- A. E. S. Thomas.** — *Das Schrægverengte Becken.* Leyden, 1861.
- Olshausen.** — *Monatsschr. für Geburtsh.*
- Rokitansky.** — *Lehrbuch der pathol. Anatomie.*
- Blasuis.** — *Monatsschrift für Geburtshkunde.*
- Lenoir.** — *Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchement,* 1865.
- *Société de chirurgie,* 1865.

- Hubert** (de Louvain). — *Mécanisme du développement du bassin*. Bruxelles, 1856.
- Guéniot**. — Thèse d'agrégation, 1869. *Des luxations fémorales au point de vue de l'accouchement*.
- Bœckel**. — *Archives de physiologie*, 1870.
- Sabatier**. — *Lyon médical*, 1888.
— *Lyon médical*, avril 1889.
- Tracou**. — Thèse de Lille, 1889.
- Lannelongue**. — *Leçons sur la coxo-tuberculose*, 1886.
- Blasius**. — *Neue Beiträge zur praktischen chirurgie*. Leipzig, 1887.
- Kustner**. — *Archiv. für Gynæk.*
- Spiegellery**. — *Monatsschrift für Geburt*, 1868.
- Braun**. — *Wiener, méd. Presse*, 1871.
- Dhourdin**. — Thèse de Paris, 1883. *La coxalgie cotyloïdienne*.
- Charpentier**. — *Traité d'accouchements*.
- Nœgelé et Grenser**. — *Traité d'accouchements*, 1880.
- Demelin**. — *Gazette des Hôpitaux*, 1890.
- Prouvost**. — Thèse de Paris, *Bassins viciés par boiterie*, 1891.
- Studley**. — Fracture of the pelvis during instrument, delevry, in a subject affected with hip disease beginning in early life. *American Journal of obstetrics*, page 275.
- Martin et Collineau**. — *De la coxalgie*, 1865.
- Cazeaux**. — *Traité d'accouchements*.
- Dellestable**. — Thèse de Paris, 1867, *Des luxations coxo-fémorales au point de vue de l'accouchement*.
- W. Th. Lusk**. — *Science et art des accouchements*, traduit par DOLERIS.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne), 30, Passage Verdeau, Paris.
